

INAIL  
SEDE DI \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COLLABORAZIONE ESTERNA COME ODONTOIATRA PRESSO LA SEDE INAIL DI \_\_\_\_\_.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

Codice fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### **D I C H I A R A**

di essere disponibile all'effettuazione delle prestazioni indicate nell'avviso pubblico, presso lo studio ove esercita la professione, sito in \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000. n. 445), e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

### **D I C H I A R A**

**di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti necessari per l'ammissione:**

- di non trovarsi in stato di interdizione legale ovvero di interdizione temporanea dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- l'assenza di procedimenti penali in corso, per quanto a conoscenza dell'interessato;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere cittadino italiano o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;

- di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia (vecchio ordinamento universitario) oppure di essere in possesso di Laurea in odontoiatria e protesi dentarie, conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_
- di essere abilitato all'esercizio della professione di odontoiatra a decorrere dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all' Albo degli Odontoiatri o dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_, con nr. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di avere comprovata esperienza professionale;
- di avere conseguito i crediti formativi obbligatori, ECM documentati.
- di non essere mai stato destituito né dispensato da Pubbliche Amministrazioni;

**D I C H I A R A I N O L T R E, A P E N A D I E S C L U S I O N E**

- di non essere dipendente dell'INAIL con rapporto d'impiego e di non avere incarichi da parte dell'Istituto con rapporto libero-professionale;
- di non ricoprire incarichi presso Enti di patrocinio;
- di non essere proprietario, comproprietario, amministratore, direttore e gestore di case di cura convenzionate con l'INAIL, site nella regione Emilia Romagna e che nelle stesse condizioni sono il coniuge, i parenti e gli affini del sottoscritto entro il terzo grado;
- di non trovarsi in conflitto d'interesse con riferimento all'incarico;
- di non essere titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso Ente pubblico o privato con divieto di esercizio di attività libero professionale;

**Il/la sottoscritto/a al fine della valutazione dei titoli dichiara inoltre:**

**a.** Attività sanitaria prestata nella branca di odontoiatria

*in ambito pubblico*

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

*in ambito privato*

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

in forma autonoma presso il proprio Studio professionale \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**b.** esperienze maturate nel settore della medicina legale odontoiatrica con numero incarichi CTU nel triennio precedente l'anno della domanda pari a \_\_\_\_\_

**c.** Pubblicazioni scientifiche nelle seguenti materie:

odontoiatria nr. \_\_\_\_\_

medicina legale odontoiatrica nr. \_\_\_\_\_

chirurgia maxillo/ facciale nr. \_\_\_\_\_

**c.** Master universitario in materia oggetto della presente selezione

---

---

---

**d.** Corsi di specializzazione universitaria in materia oggetto della presente selezione

---

---

---

**e.** Altri corsi/convegni nel biennio precedente l'anno di presentazione della domanda, di durata superiore a 3 giorni attinenti l'ambito del servizio oggetto della presente selezione

---

---

---

---

**f.** Tempi di esecuzione delle prestazioni dalla data dell'impegnativa (massimo 5 gg. lavorativi).

Impegno ad eseguire le prestazioni entro gg. \_\_\_\_\_

**g.** Certificazioni di qualità rilasciate per lo studio/ambulatorio ai sensi della normativa vigente

---

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere consapevole che allo specialista selezionato verrà richiesta tutta la documentazione a comprova dei requisiti e dei titoli, unitamente al curriculum vitae.

## **M A N I F E S T A**

la propria disponibilità, in caso di nomina, ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali in relazione all'esecuzione dell'incarico, ai sensi degli artt. 4 comma 1 lett. g) e 29 del D.Lgs. n. 196/2003.

## **A U T O R I Z Z A**

l'INAIL, in caso di conferimento dell'incarico, alla pubblicazione del curriculum, obbligatoria ai sensi del D.L. 22 giugno 12 nr.83 (art. 18- punto 5) convertito in legge nr. 134 del 7 agosto 2012.

La presente dichiarazione è costituita di n. \_\_\_\_\_ pagine

### **Si allega alla presente domanda:**

Copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

IN FEDE

---

(luogo, data)

Firma leggibile

---